

A BELLA PROJEKT - A KEZDETEKTŐL A MEGVALÓSULÁSIG 2014



A SZAKMAI IRÁNYÍTÓ TESTÜLET TAGJAI



dr. Lám Judit
a Semmelweis Egyetem
konzorciumi vezetője



dr. habil. Belicza Éva
szakmai vezető



Prof. dr. Soós Gyöngyvér
a GyGK Kht. konzorciumi vezetője



dr. Gődény Sándor
a Debreceni Egyetem
konzorciumi vezetője



Prof. dr. Kullmann Lajos
felkért szakértő



dr. Tihanyi Mariann
felkért szakértő



dr. Kárpáti Edit
felkért szakértő

VEZETŐ FELÜLVIZSGÁLÓK



dr. Safadi Heléna



Sinka Lászlóné Adamik Erika



Horváth Szilvia

VEZETŐ SZAKÉRTŐK



dr. Freisinger Ádám



dr. Fügedi Gergely



Surján Cecília



Takács Erika

Nemzetközi szakértő
dr. Barbara Kutryba

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	4
1. Bevezetés	5
2. A BELLA projekt előzményei	6
3. A projekt célrendszere és legfontosabb feladatai	7
3.1. A standardok és a kapcsolódó anyagok, módszerek kidolgozása	7
3.2. A felülvizsgálati eljárás és a döntési kritériumok kidolgozása	7
3.3. A kórházak, a járóbeteg- szakrendelők és a gyógyszertárak segítése az új standardrendszer bevezetésében és gyakorlati alkalmazásában, valamint a felülvizsgálati eljárás megértésében	8
3.4. A rendszer működésének elindítása és a folyamatos fejlesztés lehetőségének biztosítása	8
3.5. A működő rendszer nemzetközi elfogadtatása	8
4. BELLA – a projekt fantázianeve, logója és a projekt általános jellemzői	8
5. A projekt végrehajtásának legfontosabb szakmai feladatai	9
5.1. Az akkreditációs standardok	9
5.2. Az akkreditációs szintek és a döntési kritériumok	10
5.3. Az akkreditációs eljárás	11
5.3.1. Az önértékelések szakmai tartalma	13
5.3.2. A helyszíni felülvizsgálat szakmai tartalma	14
5.4. A képzések	14
5.5. Az informatikai fejlesztések	14
5.6. A gyógyszerészeti gondozási irányelvek fejlesztése	15
5.7. A pilotprogramok lebonyolítása	15
6. A hatásvizsgálat	15
7. Üzenet a döntéshozóknak	16
8. Jövőkép	16
9. A projekt megvalósítói	16
9.1. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet konzorciumi feladatai	17
9.2. A Semmelweis Egyetem konzorciumi feladatai	18
9.3. Debreceni Egyetem konzorciumi feladatai	19
9.4. Gyógyszerészeti Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. (GyGKN)	20
10. A projekt számokban	21
Köszönetnyilvánítás	22

IMPRESSZUM

Felelős Szerkesztő

Dr. Belicza Éva

szakmai vezető

Felelős Kiadó

Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán

főigazgató

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

A kiadvány megjelenését a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, a Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem és a Gyógyszerészeti Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. konzorciumában megvalósuló TÁMOP-6.2.5 A-12/1-2012-0001 biztosította.

ELŐSZÓ

A betegellátás biztonsága egyre nagyon hangsúlyt kap a nemzetközi kutatásokban és szakmai fórumokon. A témakört zászlajára tűzte az Európai Unió és az Egészségügyi Világszervezet egyaránt. Hazánkban a betegbiztonság jelentőségének szisztematikus elemzése és feldolgozása eddig nem történt meg, de biztató kezdeményezések indultak el mind az oktatás, mind a kutatás területén. Ezek között említést érdemel a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja által 2006-ban életre hívott, mindenki számára nyitott NEVES program, és a témakör áttekintését segítő távoktatási tananyag.

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet 2011-es megalakulásával újabb lehetőség nyílt hazánkban a betegbiztonság kérdéseinek tárgyalására és a problémákra vonatkozó megoldási javaslatok kidolgozására. Elkészítettük a Minőségügyi és Betegbiztonsági Stratégiát (MIBES 2011), amelynek fontos elemeként megjelent a szakmai és működési folyamatok szabályozása, a tevékenység fejlesztési célú elemzése és értékelése, a témakör oktatása, a felismert kockázatok, gyengeségek kezelése. A stratégiai célok mentén a GYEMSZI tudatos építkezésbe kezdett. Kialakította a szakmai irányelvek kidolgozására vonatkozó egységes módszertant, megalkotta a szakmai munka fejlesztésében tevélegesen részt vevő minőségügyi szakfőorvosi /szakterületi vezetői rendszert és dolgozik a betegellátás koordinálásának, a betegutak kialakításának minél kedvezőbb megoldásán. Az intézet nemzetközi aktivitása is számottevő a témában, mivel a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjával együttműködésben képviseli hazánkat a

betegbiztonság fejlesztésére irányuló, az Európai Unió által indított PaSQ Joint Action programban.

A TÁMOP 6.2.5/A kiemelt projekt keretében egy eddig elhanyagolt terület, az intézményi működés szabályrendszerének kidolgozása történt meg. A BELLA megnevezésű projekt célja olyan standardok kialakítása és az ezen standardok szerinti működés elérése volt, amelyek hozzájárulnak a betegellátás biztonságosabbá tételéhez. Hitem szerint ez a szabályozási és értékelési rendszer – az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere – hozzájárul nemcsak a betegek nagyobb biztonságához, de a dolgozók munkavégzésének biztonságosabbá tételéhez is. Mindezzel együtt csökkenhetnek az elkerülhető kiadások, javulhat az ellátás eredménye, a betegek és a dolgozók közérzete egyaránt.

A projekt most lezárul, a standardok és az értékelési rendszer elkészült, de az igazi munka, a standardok gyakorlatba ültetése most kezdődik el a szolgáltatók számára. A GYEMSZI vezetőjeként támogatom az akkreditációs program minél szélesebb körű elterjesztését, a működési gyakorlat e standardokban foglalt elvárásai szerinti kialakítását. Bízom abban, hogy az ellátók ráébrednek, hogy a standardokkal olyan menedzseri eszközt kapnak kézbe, amelynek alkalmazásával megfelelhetnek esküjüknek: „Nil nocere”. Ehhez jó munkát kívánok a program irányítóinak, az intézmények, szolgáltatók vezetőinek és a dolgozóiknak egyaránt.

Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán
GYEMSZI főigazgató

1. BEVEZETÉS

Az Institute of Medicine (Orvosi Intézet, USA) 1999-ben publikálta a *To err is human* (Tévedni emberi dolog) c. kiadványát, amellyel rávilágított a betegbiztonság súlyos helyzetére az egészségügyben¹. E szerint a kórházakba felvett betegek egytizedénél alakul ki az ellátás következményeként valamilyen nemkívánatos esemény (adverse event). Ez lehet például műtéti szövődmény, az ellátás idején szerzett fertőzés, az állapot romlása vagy hosszabb idejű gyógyulás a diagnózis kései felállítása miatt, továbbá esésből, véletlen tüszúrásból eredő sérülés. Egy angol felmérés szerint a kórházi betegfelvételek 5%-a gyógyszerelési problémákra vezethető vissza.² A kutatások szerint a nemkívánatos események hátterében elsősorban a rendszerek (pl. munkaidő-beosztás, tárolás), folyamatok (pl. gyógyszerosztás, beszerzés), megtervezésének gyengeségei, illetve a tevékenységek végzésekor fellépő környezeti tényezők (pl. zsúfoltság, stressz, időnyomás) állnak, az egy személyi felelősség csupán 10-15%-ban állapítható meg. Ebből következik, hogy a nemkívánatos események eredményes visszaszorítását a rendszerekben és a folyamatokban rejlő veszélyforrások, valamint a működési környezetből érkező hatások feltérképezésével és jelentőségük csökkentésével, nem pedig a hibát elkövetők felkutatásával és megbüntetésével lehet elérni.

A megjelenő kutatási eredmények hatására a betegbiztonság egyrészt a minőségügyi programok középpontjába, másrészt a különböző országok és nemzetközi szervezetek népegészségügyi, minőségpolitikai célkitűzései közé került.

Az Európai Unió Tanácsa ajánlása (2009/003) elvárásokat fogalmaz meg „az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és ellenőrzését is magában foglaló betegbiztonságról” a tagállamok számára. Az Európai Unió

emellett elindította a közös fellépés programját (Joint Action on Patient Safety and Quality of Health Care) a 2012-2015 közötti időszakra a betegbiztonság javítása céljából a tagállamokban.

Fontos kérdés, hogy milyen módszerek és eszközök állnak rendelkezésre a betegellátás biztonságának javítására a kutatók, az egészségügyi dolgozók és a döntéshozók számára.

Ehhez a minőségügy azon alapelvéből kell kiindulnunk, hogy a kívánt eredményt megbízható módon a tevékenységek és a folyamatok szabályozásával, illetve az azoknak megfelelő munkavégzéssel lehet elérni. A másik fontos kiindulópont, hogy az eltérő helyszíneken, időpontokban és körülmények között előforduló nemkívánatos események (pl. oldaltévesztések) okai között megállapíthatók azonosságok, amelyek megjelenése az adott nemkívánatos esemény kialakulásához (példánkban oldaltévesztéshez) vezethetnek a különbözőségtől függetlenül. Ha azonban felismerjük ezen okokat, akkor intézkedéseket tudunk hozni kiküszöbölésükre vagy mérséklésükre, így az adott események száma legalább visszaszorítható.

A lehetséges módszer tehát a veszélyforrások és a kockázatok felismerése, ezek kezelési módjainak meghatározása és gyakorlati alkalmazása, valamint az ezek nyomán elvárt munkavégzés. Ez a szemlélet vezérelte több mint száz évvel ezelőtt az USA-beli sebészt, Ernest A. Codmant, aki megalkotta az első olyan működési szabályokat – standardokat –, amelyeket először a saját kórházában vezetett be a biztonságosabb és eredményesebb ellátás érdekében, és amelyekből kinőtt, illetve világméretűvé fejlődött a kórházi akkreditációs rendszer.

¹www.iom.edu

²ABC of patient safety, BMJ books, 2007.

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációját tehát az Egyesült Államokban fejlesztették ki a 20. század első felében. Mára az akkreditációs modell jelen van szinte egész Európában, számos fejlesztési fokozatot mutató változékonysággal.³ működik akkreditációs program Katalóniában (Spanyolország)⁴, ismert a hollandiai NIAZ (the Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals)⁵ tevékenysége. Franciaországban a kormány által támogatott HAS (Haute Autorité de Santé) kötelező akkreditációs programot működtet.⁶ Érdemes említeni Svédországot, Svájcot és Németországot. Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országok közül Bulgária, Csehország, Lengyelország, Lettország, Románia és Szlovénia említhető. Egy 2008-ban publikált belga felmérés szerint a 27 uniós tagállam közül 15-ben működik kórházi akkreditációs program. Hét országban nincs ilyen, kettőben tárgyalások folynak róla, szintén kettőben fejlesztés alatt áll, és egy országról nincs információ. A kórházi akkreditáció értékes eszköz a kórházi minőségfejlesztésben⁷ – állapította meg a kutatást végző, az illetékes minisztérium alá rendelt Belgian Healthcare Knowledge Centre.

Gyakran felvetődik, hogy mennyiben tér el a standardokon alapuló akkreditációs rendszer a hazánkban is széles körben alkalmazott ISO

2. A BELLA PROJEKT ELŐZMÉNYEI

Magyarországon az első kórházi standardokat (KES) – nemzetközi minta alapján – a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) állította össze egy minisztériumi pályázat keretében 2001-ben. A tárca később ezt továbbfejlesztve készítette el a több ellátói csoportra is értelmezhető Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat (MEES), a felülvizsgálati rendszer kidolgozása azonban elmaradt, az értékelést tanúsító cégek végezték. Nem történt meg a standardok szisztematikus fejlesztése, az alkalmazási gyakorlat tapasztalatainak feldolgozása és a standardok egységes

szabványokon alapuló tanúsítási rendszertől. Az „International Organization for Standardization” szabványok sorozatát fejlesztette ki az ipar számára (ISO 9000). Elsősorban a németországi és a svájci egészségügyben alkalmazzák, de egész Európában elterjedt az egészségügyi ellátásban⁸ a minőségirányítási rendszerek értékelésére. Minden országban Nemzeti Testület vizsgálja és ismeri el („akkreditálja”) azon független szervezeteket, amelyek tanúsítják a szabványok szerint működő szolgáltatókat.

Egy 2009-ben közölt kutatás többek között vizsgálta az ISO szabványokon alapuló tanúsítási rendszer és a standardokon alapuló akkreditáció hatását a betegbiztonságra. Az eredmények szerint az akkreditáció szignifikáns mértékben támogatja a betegbiztonságot, míg a tanúsítás ehhez nem járul hozzá.⁹ Összehasonlítva a két rendszert elmondható, hogy az ISO szabványok meghatározzák, hogy a szervezeteknek mit kell tenniük a szabályozottság eléréséhez, a standardok pedig konkrét elvárásokat fogalmaznak meg az egészségügyi szolgáltatók működésére vonatkozóan az adott ellátási forma ismert veszélyforrásai és betegbiztonsági kockázatai alapján. **Röviden: az ISO azt mondja meg, mit kell szabályozni, a standardok pedig azt, hogy hogyan célszerű ezt megtenni.**

értelmezése. 2006-ban a tárca kezdeményezésére az EMK tanulmányt készített a standardok szerinti egységes külső értékelési rendszer kialakítására, de forrás hiányában akkor elmaradt a megvalósítás.

Ebben az időszakban a Magyar Gyógyszerészi Kamara felismerte, hogy a patikai munkát is standardizálni szükséges, és ennek érdekében standardrendszert dolgozott ki a KES/MEES szemléletére építve. A kipróbálás és a gyakorlati alkalmazás azonban lekerült a napirendről szintén pénzeszközök hiányában. Elindult

³ International Journal for Quality in Health Care, 2010, 22: 244-249.

⁴ Public healthcare payment systems in Catalonia, 1981-2009

⁵ <http://en.niaz.nl/>

⁶ International Journal for Quality in Health Care 2003; 15: 463-471

⁷ Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. KCE reports 70C. 2008.

⁸ Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. KCE reports 70C. 2008

⁹ Impact of quality strategies on hospital outputs. Qual Saf Health Care 2009;18:i62-i68

azonban a betegek helyes gyógyszeresedési gyakorlatát támogató gyógyszerészi gondozás hazai meghonosítása, és 2010-ben nyilvánosságot kapott az első gyógyszerészi gondozási protokoll is a metabolikus szindrómában szenvedő betegekre vonatkozóan.

A 2007-2013-as Európai Uniók költségvetési ciklusban nyílt lehetőség arra, hogy a tárca elindítsa a hazai akkreditációs rendszer kialakítását, elsőként a fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményeket és a közforgalmú gyógyszertárakat érintő standardok kidolgozásával. Elvárás volt a gyógyszerészi gondozás biztonságos kialakítása. A tárca az időközben megalakult Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és

Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) feladatául rendelte a meghirdetett programot kiemelt projektként. Számos technikai nehézséget követően a pályázati kiírás csak 2012-ben jelent meg. A GYEMSZI nyílt pályázaton választotta ki a konzorciumi partnereket, ezek a Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem és a Gyógyszerészi Gondozásért Közhatalmú Nonprofit Kft. lettek. A projekt a TÁMOP 6.2.5/A-13-2012-0001 pályázat keretében 2012. december 1 – 2014. november 30. közötti időszakban 950 millió Ft-os költségvetéssel valósult meg. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációjának lehetőségét az Egészségügyi Törvény 2012-es módosítása teremtette meg Magyarországon.

3. A PROJEKT CÉLRENDSZERE ÉS LEGFONTOSABB FELADATAI

A projekt átfogó célja a hazai egészségügyi szolgáltatók egységes külső felülvizsgálati rendszerének megalapozása szakmai működési standardokon alapulva és megfelelő a nemzetközi követelményeknek. Ez az egészségügyi szolgáltatók, ezen belül elsőként a járó- és fekvőbeteg szakellátás, valamint a közvetlen lakos-

sági gyógyszerellátás részeként zajló gyógyszerészi gondozás akkreditációs rendszerének kialakítását, a működtetés és a hosszú távú fenntarthatóság feltételeinek megteremtését és a program elindítását jelenti.

A célok elérése érdekében a következő feladatok végrehajtását tűztük ki célul:

3.1. A STANDARDOK ÉS A KAPCSOLÓDÓ ANYAGOK, MÓDSZEREK KIDOLGOZÁSA

- Az akkreditáció alapjául szolgáló, a nemzetközi követelményeknek megfelelő standardrendszerek kidolgozása a fekvőbeteg és a járóbeteg-ellátóknak, valamint a közforgalmi gyógyszertáraknak
- A gyógyszerészi gondozás szakmai irányelveinek kidolgozása
- A standardok egységes értelmezése és gyakorlati alkalmazhatóságuk tesztelése előbbieknél megfelelő működés eléréséért
- A standardok megvalósulását támogató dokumentációs sablonok, a protokollok, a szükséges menedzseri intézkedések, a tájékoztató és oktató anyagok kidolgozása

3.2. A FELÜLVIZSGÁLATI ELJÁRÁS ÉS A DÖNTÉSI KRITÉRIUMOK KIDOLGOZÁSA

- Az akkreditációs eljárás lépéseinek meghatározása
- Az önértékelési koncepció kialakítása
- Azon felülvizsgálati módszerek és eszközök meghatározása, amelyek segítségével vélelmezhető a standardok szerinti működés
- A tanácsadás és a felülvizsgálat etikai szabályainak megalkotása
- Az akkreditáció odaítélési feltételeinek kidolgozása, az akkreditáció lehetséges szintjeinek meghatározása
- A felülvizsgálók képzési programjának kialakítása és az elméleti képzés lebonyolítása
- A pilotprogramok megtervezése és lebonyolítása

3.3. A KÓRHÁZAK, A JÁRÓBETEG-SZAKRENDELŐK ÉS A GYÓGYSZERTÁRAK SZAKMAI TÁMOGATÁSA AZ ÚJ STANDARDRENDSZER BEVEZETÉSÉBEN ÉS GYAKORLATI ALKALMAZÁSÁBAN, VALAMINT A FELÜLVIZSGÁLATI ELJÁRÁS MEGÉRTÉSÉBEN

- Oktatási tananyag és értelmezési segédanyagok kidolgozása
- Az informatikai rendszer kifejlesztése a standardok, az irányelvek, a segédanyagok, a felülvizsgálati szempontokat tartalmazó anyagok elérhetősége és a standardok, valamint az irányelvek alkalmazásának támogatásáért
- Oktatási programok lebonyolítása a szolgáltatók számára
- A pilotprogramok alapján az oktatási programok továbbfejlesztése, és a standardok gyakorlati alkalmazását segítő segédanyagok készítése

3.4. A RENDSZER MŰKÖDÉSÉNEK ELINDÍTÁSA ÉS A FOLYAMATOS FEJLESZTÉS LEHETŐSÉGÉNEK BIZTOSÍTÁSA

- Anonim adatbázis létrehozása a felülvizsgálati jelentések és eredmények alapján. Egy olyan tudásbázis jött létre, amely a szervezeti működés további fejlesztésének lehetséges irányát mutatja a szolgáltatók, a döntéshozók és a standardfejlesztők számára
- A standardok folyamatos fejlesztési lehetőségének megvalósítása a felülvizsgálati tapasztalatok felhasználásával
- Visszajelzés az egészségpolitikai döntéshozók számára az őket érintő témakörökről és az azonosított rendszerszintű problémákról

3.5. A MŰKÖDŐ RENDSZER NEMZETKÖZI ELFOGADTATÁSA

- Az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ajánlásokat fogalmazott meg a nemzeti akkreditációs rendszerek kialakításához, a standardok kifejlesztéséhez és a felülvizsgálók képzéséhez. A megadott elvek szerint zajló működés elnyerheti az ISQua akkreditációját, és ezzel lehetővé válik a hazai rendszer nemzetközi elismertetése
- Nemzetközi szakértő bevonása a nemzetközi harmonizáció támogatására

4. BELLA – A PROJEKT FANTÁZIANEVE, LOGÓJA ÉS A PROJEKT ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

A TÁMOP 6.2.5/A projekt szlogenje a „BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért”. Kifejezi, hogy a programba belépő szolgáltatók nagyobb biztonságot képesek nyújtani a betegeknek és az ellátóknak egyaránt. A betegek esetében ez a kockázatok mérséklését és a nemkívánatos események előfordulásának csökkentését hozza, az ellátóknak pedig átláthatóbb, világosabban megfogalmazott feladatokat jelent, így számukra a napi munkavégzés ugyancsak biztonságosabbá válhat.

A projekt logója utal rá, hogy a megfogalmazott célok csak az érintettek együttműködésével,

kölcsönös támogatással és kommunikációval valósulhatnak meg, függetlenül a dolgozók munkakörétől, végzettségétől és a hierarchiában betöltött szerepétől. Az ellátók, az ellátásban részesülő betegek, illetve a hozzátartozóik közötti együttműködés a biztonságos betegellátás lényeges feltétele.

A hazai akkreditációs rendszer legfontosabb jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A BELLA akkreditációs program általános jellemzői

- önkéntes
- szektorsemleges
- a hazai sajátosságokra támaszkodik
- gyakorló szakemberek fejlesztették
- a megbízhatóságra összpontosít
- segédanyagokkal, oktatási anyagokkal, háttéranyagokkal támogatja a felkészülést
- az akkreditáció elnyerése önértékelésen és kollegiális (peer) értékelésen alapul
- a működésre és nem az írott szabályozókra fókuszál
- többszintű akkreditációval rendelkezik
- ISQua (nemzetközi) megfelelésre törekszik

5. A PROJEKT VÉGREHAJTÁSÁNAK LEGFONTOSABB SZAKMAI FELADATAI

1. A standardok kidolgozása
2. Az akkreditációs szintek és döntési kritériumok meghatározása
3. Az akkreditációs eljárás elkészítése
 - 3.1. Az önértékelés módszertanának kidolgozása
 - 3.2. A helyszíni felülvizsgálat koncepciójának elkészítése
4. A képzések
5. Az informatikai fejlesztések
6. A gyógyszerészeti gondozási irányelvek kidolgozása
7. A kifejlesztett termékek kipróbálása önként jelentkező szolgáltatóknál

5.1. AZ AKKREDITÁCIÓS STANDARDOK

Az egészségügyi szolgáltatások célja az ellátott betegek elérhető legjobb egészségi állapota és életminősége (azaz, az egészségnyereség maximalása). Ennek érdekében az ellátók általában a szakmai folyamatokra összpontosítanak. A szakmai teendők meghatározására a nemzeti szinten kialakított szakmai irányelvek és az ezek alapján készült vagy ezek hiányában alkalmazott saját fejlesztésű helyi protokollok szolgálnak. E szakmai szabályok azonban önmagukban nem elegendők a betegek megfelelő ellátásához. Szükség van a szakmai munkához elengedhetetlen információra, anyagokra, eszközökre a megfelelő helyen és időben, valamint arra, hogy a betegek úgy kapják meg a protokollok által előírt vizsgálatokat, kezeléseket, gyógyszereket, hogy közben ne forduljon elő gyógyszeres cseré, leletvesztés, késlekedés a fel-

adatok elvégzésében. Ezt a céloknak megfelelő intézményi működés kialakításával és szabályozásával, illetve a szabályok betartásával lehet elérni, és egyre jobbra tenni. A standardok tehát az intézményi működés és nem a szakmai munka szabályait határozzák meg.

A BELLA standardok a betegellátás biztonságosságának növelését célozzák, így az intézmények működése hatékonyabbá, a betegek ellátása eredményesebbé válik. El kell érni, hogy a kidolgozott standardok elvárásai megvalósuljanak a napi munkában. Ezért a standardfejlesztés módszertanának kialakításakor nagymértékben támaszkodtunk a gyakorló szakemberekre, és a végső változat kialakításakor figyelembe vettük az elkészült termékek gyakorlati tesztelését, illetve ez utóbbi eredmé-

nyeit. Így a standardok fejlesztése a következő lépésekben valósult meg:

1. a fejlesztést végző szakemberek kiválasztása
2. a kezelendő problémák azonosítása az ellátás működésével összefüggésben (az intézményi működés szintjén)
3. a problémák okainak feltárása, a gyakorlatban megvalósítható megoldási javaslatok a kezelhető okok kiküszöbölésére, a javaslatok standard témakörökbe csoportosítása, a nyers standardok kialakítása
4. a nyers standardok értelmezése, szakértői értékelése, a kimaradt területek azonosítása, harmonizálás az ISQua elvárásokkal, a tesztelésre alkalmas változat elkészítése, kulcsszavazás
5. a standardok gyakorlati tesztelése, a segéd- és háttéranyagok kidolgozása, kategorizálás
6. jogi véleményezés
7. anyanyelvi lektorálás
8. a Tanácsadó Testület bevonása

A standardok egységes szakmai szerkezetének kialakításához sablont készítettünk. Ebben a standard címe és általános, tömör meghatározása mellett törekedtünk a standard céljának egyértelmű megfogalmazására és elmagyarázására a felhasználók számára. Az érintett szervezeti egységek, ellátók és betegek megjelölése is segíti a standardok gyakorlati bevezetését. A tartalmi elemek képezik a standard lényegét: megfogalmazzák az intézmények konkrét teendőit a gyakorlati alkalmazásban.

A tartalmi elemek különböző típusú működési feladatokat fogalmaznak meg a klasszikus mi-

nőségbiztosítási, minőségfejlesztési logikát (PDCA) követve: tervezd meg, mit akarsz csinálni (plan), hajtsd végre (do), ellenőrizd, hogy a tervek helyesen valósultak-e meg (check), és szükség esetén hozz korrigáló intézkedéseket (act).

Ennek alapján a tartalmi elemek típusai a következők:

- szabályozás („Sz”) – a standardelvárások teljesülését segítő szabályozási pontok összefoglalása
- oktatás („O”) – a munkatársak felkészítése a szabályozók szerinti munkavégzésre
- működési jellemző („M”) – a szabályozók gyakorlati megvalósulása
- speciális ellátási szükségletek („S”) – kiemelt odafigyelés a különleges ellátási szükségletekre
- dokumentálás („D”) – a tartalmi elemekkel összefüggő dokumentálási feladatok
- ellenőrzés, fejlesztés („E”) – a tartalmi elemek szerinti munkavégzés megvalósulásának értékelése és szükség esetén módosító intézkedések megvalósítása

A standardokhoz kidolgozott kiegészítő anyagok illetve az összegyűjtött referenciák hasznos információt szolgáltatnak az elérhető segédanyagokról, a jogszabályokról, a referenciákról, és a működés értékelésére alkalmazható indikátorokról.

A standardokról szóló részletes ismertető „A BELLA akkreditációs standardjai a betegellátás biztonságáért” című kiadványunkban szerepel.

5.2. AZ AKKREDITÁCIÓS SZINTEK ÉS A DÖNTÉSI KRITÉRIUMOK

Két akkreditációs szint teljesíthető. Az intézmény nem jelentkezhetsen be előzetesen egyik vagy másik szintre. A helyszíni felülvizsgálat

eredménye alapján dől el az elnyert akkreditációs szint. A standardok ún. kötelező elemeit 100%-ban teljesíteni kell ahhoz, hogy az intéz-

mény akkreditációs igazolást kaphasson. Az alapszint eléréséhez az alapszintű tartalmi elemek elérhető pontszámainak 75%-át kell teljesíteni a kötelező elemeken túlmenően. Az emelt szinthez az emelt szintű tartalmi elemek lehet-

séges összes pontszámának 75%-os teljesítése szükséges az alapszint mellett. A felülvizsgálati szempontok, a pontozási rendszer és a súlyszámok nyilvánosan elérhetőek lesznek a program honlapján.

5.3. AZ AKKREDITÁCIÓS ELJÁRÁS

Az akkreditációra történő jelentkezés önkéntes. Az eljárás kidolgozásakor figyelembe vettük az ISQua azon elvárását, hogy az akkreditáció önértékelésből és helyszíni felülvizsgálatból álljon. További elvárásaként fogalmaztuk meg, hogy az intézmények kapjanak megfelelő felkészítést, oktatást és tanácsadást, az akkreditációs igazolás kiadása a működési gyakorlat értékelésére és ne az írásos szabályozókra támaszkodjon, és hosszabb távon váljon napi gyakorlattá a standardok szerint kialakított működés.

Az akkreditációs eljárás két jól elkülöníthető részből áll. Az első részben (intézményi méretől függően ez néhány héttől egy-másfél évig tarthat) a programba először belépő intézmény részletes felkészítést (oktatást, tanácsadást) kap. Ez az időszak az on-line önértékelési kér-

dőív kitöltésével zárul (2. táblázat). Ezt követően az intézmény saját felelőssége, hogy a javasolt intézkedéseket átültesse a gyakorlatba, illetve levezényelje a változtatásokat. Sem az oktatás, sem a tanácsadás, sem az önértékelés nem garancia arra, hogy az intézmény megkapja az akkreditációs igazolást a felülvizsgálat eredményeként. Ehhez elsősorban az intézmény első számú vezetőjének aktív közreműködése, példamutatása, a változtatások támogatása és a megvalósulás számonkérése számít elengedhetetlen feltételnek.

A folyamat hasonló a járó- és fekvőbeteg szakellátók, illetve a gyógyszertárak számára. A részletes bemutatást most a kórházakra értelmezve tesszük meg (2. táblázat).

2. táblázat. Az akkreditációs eljárás lépései

- I. Bejelentkezés az akkreditációs programba
- II. A felkészítési időszak /tanácsadás és oktatás
- III. A bevezetési időszak
- IV. Az on-line önértékelési kérdőív kitöltése
- V. A működtetési időszak
- VI. A helyszíni felülvizsgálat
- VII. Az akkreditációs döntés
- VIII. A sikeres akkreditáció követése

I. Bejelentkezés az akkreditációs programba

Az intézmény megbízottjának a BELLA honlapján elérhető jelentkezési lapot kell kitöltenie. Ezt követően történik a szerződéskötés az akkreditációért felelős hivatal és a jelentkező szolgáltató között.

II. Felkészítési időszak

Oktatás és tanácsadás zajlik, meghatározott témakörönként és szervezeti keretek között. Helyzetértékelés (offline önértékelés) szüksé-

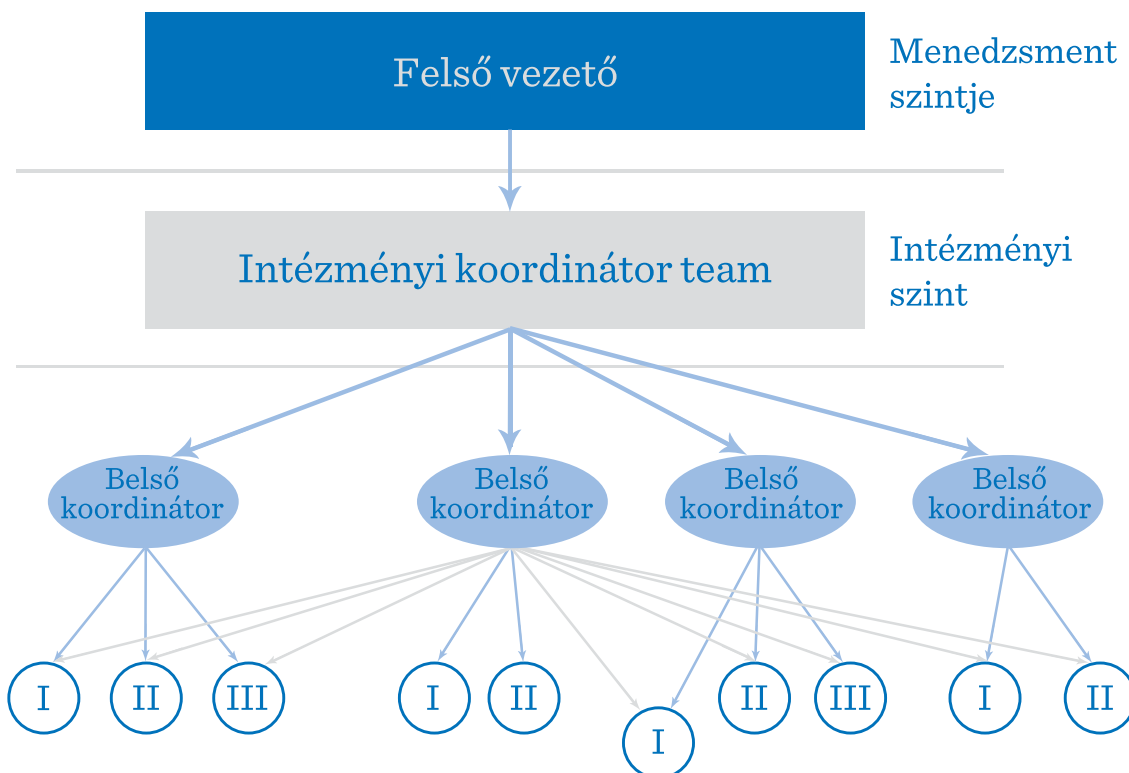
ges tanácsadói segítséggel a napi működés és a standard követelmények közötti különbségek feltárására, majd projektmenedzseri szemlélettel készülnek el a tervek a szükséges változtatásokra. A helyzetértékelés belső anyag, a felülvizsgálók nem találkoznak vele.

Az akkreditációra készülő intézménynek célszerű kialakítania egy ún. koordinátori rendszert (1. ábra). Az intézményi koordinátor a felelős a felkészítési projekt koordinálásáért,

vele tart kapcsolatot a felkészítő munkacsoport. Az intézményi koordinátor felel az irányítási funkciókhoz kapcsolódó standardok kidolgozásáért és a belső koordinátori rendszer irányításáért is. Az intézményi koordinátornak közvetlen kapcsolatban kell állnia a felső vezetéssel a sikeres megvalósítás érdekében. A belső

koordinátorok irányítják a standardok bevezetését az adott osztályokra vonatkozó elvárásokkal, és ők adják tovább a szükséges tudást vagy információt az osztályon dolgozó munkatársaknak. A koordinátori feladatokat ellátó munkatársak számára oktatási anyag készült a szükséges ismeretek átadásához.

1. ábra. Intézményi koordinátor-rendszer a kórházakban és a járóbeteg-szakrendelőben



III. Bevezetési időszak

A projektterv végrehajtása a koordinátorok irányításával és meghatározott ütemezés szerint zajlik, szükség esetén tanácsadói, konzultációs segítség vehető igénybe. A II. és a III. fázis időben nem válik szét élesen, hiszen lehetnek olyan standardok, amelyekre vonatkozóan a helyzetértékelés már elkészült és a változtatások folyamatban vannak, míg mások esetén a helyzetértékelés később bonyolódik le.

IV. Az online önértékelési kérdőív kitöltése

Ezt a tevékenységet az egészségügyi szolgáltató illetékesei önállóan végzik. Javasoljuk, hogy az irányítási funkciók standardjaira vonatkozó kérdéseket a felső vezetéssel és az érintett szak-

emberekkel karöltve töltsék ki, míg az osztályokat érintő standardokat a belső koordinátorok közreműködésével, osztályos felmérésekkel célszerű elkészíteni.

A kitöltött kérdőívben szerepelhetnek további teendőik, intézkedési tervek és fejlesztési javaslatok a megfelelésre. Az önértékelési kérdőív alapján tájékozódik a felülvizsgáló az intézmény működéséről, a feladatok megértéséről, de szakmai tartalma nem befolyásolja az akkreditációs döntést. A felülvizsgálók kezdeményezhetik az akkreditációs eljárás felfüggesztését és az önértékelés megismétlését egy későbbi időpontban, ha a válaszok nem a lé-

nyegre összpontosítanak, vagy a kérdőíveket jelentős mértékben hiányosan töltik ki.

V. A működtetési időszak

Az on-line önértékelés elkészítése és elküldése után 6 hónap működtetési időszak következik. Tanácsadás és konzultáció ebben az időszakban már nem történik, a standardok szerinti működés fenntartása az intézmény felelőssége.

VI. A helyszíni felülvizsgálat

A helyszíni felülvizsgálatot képzett felülvizsgálók végzik előre egyeztetett forgatókönyv szerint. Csak olyan felülvizsgáló végezhet felülvizsgálatot az adott intézményben, akinél nem áll fenn valamilyen összeférhetlenség (rokoni, baráti kapcsolatok, korábbi munkahely,

tanácsadás stb.). A felülvizsgálat az önértékelés szakmai tartalmától függetlenül minden szervezeti egységre és tartalmi elemre kiterjed. A helyszíni felülvizsgálatról jelentés készül, amelyhez az intézmény észrevételeket fűzhet.

VII. Az akkreditációs döntés

Az akkreditációs döntést egy független Akkreditációs Bizottság hozza meg a felülvizsgálói jelentés és az intézményi észrevételek alapján.

VIII. A sikeres akkreditáció követése

A sikeres akkreditáció érvényességi ideje 3 év. A köztes időszakban önértékelés és helyszíni felülvizsgálat zajlik célzott témakörökre vonatkozóan.

5.3.1. AZ ÖNÉRTÉKELÉSEK SZAKMAI TARTALMA

Az önértékelést az akkreditációt kérelmező egészségügyi szolgáltató munkatársai végzik, tevékenységük átfogó kérdőív alapján értékeli a működési standardok alkalmazási gyakorlatát. Egyik formája az első bejelentkezést követő offline, a másik a 3 éves akkreditációs ciklust elindító online önértékelés. Mindkét kérdőív valamennyi tartalmi elemre kiterjed.

Az offline forma a helyzetértékelést szolgálja. Az online kérdőív kitöltése akkor célszerű, amikor a helyzetértékelésre készült változtatási projektek többsége sikeresen teljesült vagy be-

látható időn belül (pl. fél éven belül) megvalósul.

A kérdőívek szerkezete azonos, csupán a szabályozási és az ellenőrzési elemekben térnek el egymástól (3. táblázat). Mindkét kérdőívben meg kell határozni az egyes tartalmi elemek teljesülésének mértékét, a válaszokat pedig indokolni kell. Szintén meghatározandó, hogy szükséges-e kezdeményezni változtatást az adott tartalmi elemet tekintve az intézményben vagy annak egyik osztályán a tervezett változtatások megadásával.

3. táblázat. Az off-line és az on-line önértékelési kérdőívek általános szerkezete és különbségei

KÉRDŐÍV TÍPUSA	ÉRINTETT TARTALMI ELEM	KÉRDŐÍV OSZLOPCÍMEI			
		Teljesül? (igen/nem)	Igényel-e fejlesztést? (igen/ nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?	
offline	Elsősorban szabályozási és ellenőrzési elemek	Teljesül? (igen/nem)	Igényel-e fejlesztést? (igen/ nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?	
online	Elsősorban szabályozási és ellenőrzési elemek	Előre megfogalmazott nyitott kérdés	Válasz	Igényel-e fejlesztést? (igen/ nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?
offline és online	Oktatási, működési jellemző, speciális szükségletek és dokumentációs elemek	3 vagy 5 fokozatú skála a teljesülés mértékének jelölésére	A válasz magyarázata	Igényel-e fejlesztést? (igen/ nem)	Ha igen, mik a tervezett intézkedések?

5.3.2. A HELYSZÍNI FELÜLVIZSGÁLAT SZAKMAI TARTALMA

Az akkreditációs hivatal az online önértékelés és a szerződéskötéskor kitöltött adatlap alapján tervezi meg a helyszíni felülvizsgálatot. Az önértékelési kérdőívből a felülvizsgálók megismerik a helyi szabályokat, az intézményi gondolkodásmódot és előzetesen meg tudják fogalmazni a helyszínen felteendő kérdéseiket.

A helyszíni felülvizsgálat a kórházak valamennyi betegellátásban érintett osztályára kiterjed, a járóbeteg-szakrendelőkben előre választják ki a meglátogatandó rendeléseket. Az értékelés a lényeges standardok minden tartalmi elemére kiterjed.

5.4. A KÉPZÉSEK

Az egyik legnagyobb kihívás a képzések tananyagának kidolgozása, a programok megszervezése és lebonyolítása volt. Ugyanakkor a projekt előrehaladásával világossá vált, hogy ez az egyik legfontosabb feladat nemcsak a bevont szakemberek felkészítése, hanem az akkreditációs programba belépő munkatársak miatt is. A képzéseken jó eszköznek bizonyult a TÁMOP 6.2.2. pályázati konstrukcióban korábban kidolgozott és ingyenesen hozzáférhető „Betegbiztonsági koordinátor” tananyag, amelynek szakmai tartalmát az aktuális képzési célok szerint módosítottuk a különböző oktatási blokkokban.

Az intézményi dolgozók képzését a pilotprogram tapasztalatai alapján fejlesztettük és indítottuk el kifejezetten a jelenlegi és a leendő belső koordinátorok számára. A tananyag a betegellátás biztonságának és az akkreditációs program lényegének megértését, továbbá az osztályos standardok gyakorlati alkalmazásának előkészítését szolgálja. Az oktatásokat 5

A helyszíni felülvizsgálatot egy-egy helyszínen két felülvizsgáló végzi. Módszerét tekintve megbeszélések, interjúk, megfigyelések, épületbejárás és dokumentációk felülvizsgálata történik.

Az egyes tartalmi elemekre adandó értékelési pontszámokról a felülvizsgálók konszenzussal döntenek. A felülvizsgálati jelentés tartalmazza a pontszámokat megalapozó bizonyítékokat is. Az értékelt intézmény véleményezheti az elkészült jelentést, és az akkreditációs bizottság a vélemény figyelembe vételével hozza meg döntését.

héten keresztül hetente egy délután tartottuk Budapesten és 4 vidéki nagyvárosban, mintegy 450 résztvevővel.

A felülvizsgálók képzése több lépcsőben zajlott. A 100 helyre jelentkező mintegy 180 pályázónak először a betegbiztonsági távoktatási kurzust kellett összeállítanunk, majd négy csoportban tartottunk négynapos képzéseket a sikerrel teljesítő 160 résztvevőnek. Az oktatás célja az akkreditációs program lényegi elemeinek megértetése, az önértékelési és a felülvizsgálati eljárás gyakorlati tudnivalóinak megfelelő ismeretek, valamint a tanácsadás és a felülvizsgálat során elvárt magatartás elsajátítása volt. A képzés végén a hallgatók komplex írásbeli vizsgát tettek. A sikeres vizsgázók további gyakorlati terepmunkán vesznek részt az önálló munkavégzés megkezdése előtt a TÁMOP 6.2.5/B projekt keretében az akkreditációs programba belépett 45 intézmény valamelyikében.

5.5. AZ INFORMATIKAI FEJLESZTÉSEK

A projektben három lényeges informatikai fejlesztést hajtottunk végre. A nemkívánatos események jelentését és a jelentések tanulságainak levonását segíti elő a Semmelweis Egyetem által végzett fejlesztés, a NEVES program.

A nemkívánatos események elemzése és az eredmények alapján történő intézkedések megvalósítása a BELLA standardok egyik követelménye. Az elvárást az ISQua akkreditációs standardok is előírják.

A BEGÓNIA szoftver a GYEMSZI és a GyGKN szoros együttműködésében készült a gyógyszerészi gondozási tevékenység kiszolgálására és támogatására. A BELLA szoftver szolgáltat az akkreditációs eljárással és a standardokkal összefüggő információt, például a tanácsadások

és felülvizsgálatok megtervezéséről, a felülvizsgálók tevékenységének nyomon követéséről, munkájuk eredményének rögzítéséről és az akkreditációs eljárás adminisztratív követéséről.

5.6. A GYÓGYSZERÉSZI GONDOZÁSI IRÁNYELVEK FEJLESZTÉSE

A gyógyszerészi gondozási irányelvek a 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet alapján készültek. A 16 irányelv listája megtalálható a gyógyszerügyi standardokat tartalmazó kiad-

ványban, részletesen pedig a BELLA projekt hivatalos honlapján lesznek fellelhetőek.

5.7. A PILOTPROGRAMOK LEBONYOLÍTÁSA

Már a fejlesztés időszakában hangsúlyt helyeztünk a szoros együttműködésre a majdani felhasználókkal, és véleményük megjelenítésére az akkreditációs programban. A pilotprogramokkal részletesebben a „A BELLA akkreditációs standardjai a betegellátás biztonságáért” című kiadványunkban foglalkozunk.

A projekt végén fókuszcsoportos felmérés készült a pilotintézményekben dolgozók tapasztalatainak és véleményének visszacsatolására.

A hat fókuszcsoportos beszélgetés mindegyikén kb. nyolcan vettek részt, egyik felük a pilotintézmények a pilot projektben aktívan résztvevő dolgozója, másik felük a projekt koordinációjában aktív szerepet nem vállaló dolgozó volt. A fókuszcsoportos felmérés eredményei hasznos információkat szolgáltatnak az az akkreditációs programba újonnan belépő intézmények felkészítéséhez és az akkreditációs rendszer továbbfejlesztéséhez is, különös tekintettel a standardrendszerre.

6. A HATÁSVIZSGÁLAT

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 2013-ban indította el az „Akkreditáció hatásvizsgálata” elnevezésű kutatási projektjét. A résztvevő pilotintézményekben a kutatók a még fejlesztés alatt álló akkreditációs rendszer hatását vizsgálják az intézményekre a kutatás első két évében (2013 nyara – 2015 nyara).

A kutatás célja annak átfogó vizsgálata, hogy a pilot projekt eredményez-e változásokat az egészségügyi szolgáltató szervezetek jellemzőiben (szervezeti változás), és ezen belül különböző kutatási témákra összpontosít. A kutatás gyakorlati célja a következtetések visszacsatolása az akkreditációs program fejlesztéséhez.

A hatásvizsgálat keretében elemezzük a szervezeti kultúra és a dolgozói attitűd alakulását, valamint a dolgozók biztonságérzetének változását. A szervezeti szintű elemzések mellett néhány kiválasztott standardra (pl. decubitus megelőzése, esések, tűszúrásos sérülések, sebészeti csekklista, gyógyszerelés és infekció kontroll standardok) fókuszálva is készülnek elemzések a szervezeti egységek szintjén. A kutatási projekt első eredményei 2015-ben várhatóak.

7. ÜZENET A DÖNTÉSHOZÓKNAK

Az eddigi visszajelzések alapján a megismert standardokat és az alkalmazást hasznosnak tartó intézmények várják, hogy az egészségpolitika elismerje erőfeszítéseiket. Ez lehet nyilvános dicséret az akkreditált intézményeknek, előnyök biztosítása pályázati források vagy egyéb juttatások odaítélésénél és más elismerési módok.

Az intézmények számának növekedésével egyre több információt lehet majd nyerni az egészségpolitikai döntéseket igénylő aktuális problémákról. Ezek a működés olyan gyengeségei, amelyek megoldásához jogszabályi vagy finanszírozási megoldásokra van szükség. Az akkreditációs program működtetéséért felelős

szakemberek ezeket az azonosított problémákat rendszeresen összegyűjtik, elemzik és javaslatokat megküldik az érintett döntéshozók számára. Az első csoportban ilyen téma lesz többek között a műszakátadás ölelkező idejének kérdése, a textília ellátás, az elhanyagolt szociális állapotú betegek előkészítése a kórházi felvételre, vagy a betegek által (sokszor önként) behozott gyógyszerek kérdésköre. Az elemzők javaslatokat is meg fognak foglalkozni a betegellátás biztonságának fejlesztésére, mint pl. az intézményvezetők beszámoltatása a szakmai munkára vonatkozóan, vagy az újraélesztés és a gyógyszerészi gondozási tevékenység beemelése a finanszírozásba.

8. JÖVŐKÉP

A TÁMOP 6.2.5/A projekt lezárásakor biztosítani kell az akkreditációs program hosszú távú fenntarthatóságát. Ennek részeként elkészült, kodifikálást nyert és kihirdetésre vár a jogszabályi megalapozás. Emellett szükséges az intéz-

mények motiválása a belépésre a programba és elismerésük az akkreditáció elnyerése esetén. Erre vonatkozóan a projekt vezetői több kezdeményezést is benyújtottak már a döntéshozók számára.

9. A PROJEKT MEGVALÓSÍTÓI

A projektgazda a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI). A megvalósítás konzorciumi formában történt. A konzorciumi tagokat a GYEMSZI nyílt pályázat útján választotta ki. Így a megvalósításban a Semmelweis Egyetem (SE), a Debreceni Egyetem (DE) és a Gyógyszerészi Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. (GyGKN) vett részt konzorciumi partnerként. A projekt szakmai irányításáért a szakmai vezető felelt. Munkáját a Szakmai Irányító Testület (SZIT) segítette. Ez utóbbi hat tagját konzorciumi vezetők és felkért szakértők adták. Működéséhez etikai kódexet dolgozott ki, és havonta ülésezett. A szakmai anyagokat saját honlapján tárolta és tette elérhetővé a tagok, majd a belépő vezető felülvizsgálók és szakértők számára, illetve a Tanácsadó Testület tagjainak is

hozzáférést biztosított meghatározott anyagokhoz (utóbbi tagjait a Magyar Kórházszövetség, a Medicina 2000, a Magyar Gyógyszerészi Kamara, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, valamint az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ delegálta). A SZIT hasonló honlapot hozott létre a beosztott felülvizsgálóknak és pilot koordinátorainak is. A szakmai irányítók nyomon követték és meghatározták a feladatokat és azok határidejét, véleményezték a beterjesztett szakmai koncepciókat és anyagokat. A SZIT irányította és ellenőrizte a standardok fejlesztésében és a pilot lebonyolításában közreműködő munkacsoportokat. Az üléseken a konzorciumi tagok is rendszeresen beszámoltak a hatáskörükben végzett feladatokról. A SZIT üléseken részt vettek a projektmened-

zsment tagjai is, így értesülhettek a szakmai haladás alatt felvetődő kérdésekről, amelyekre a szakmai vezetők is közvetlen választ kaphattak a megoldandó feladatokhoz. Félévente a Tanácsadó Testület is részt vett a SZIT ülésein. A TT megtárgyalta és véleményezte a projekt koncepcionális mérföldköveit, és a SZIT döntéseiben figyelembe vette ezen álláspontokat.

9.1. GYÓGYSZERÉSZETI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉG- ÉS SZERVEZETFEJLESZTÉSI INTÉZET KONZORCIUMI FELADATAI

A szervezet a projekt konzorciumi vezetője. A GYEMSZI a Semmelweis Egyetem korábbi munkáira támaszkodva dolgozta ki a projekt koncepcióját és nyújtotta be a megvalósítási tanulmányt.

A projekt végrehajtásakor a GYEMSZI fogta össze a konzorciumi partnerek munkáját és látta el a projektmenedzseri feladatokat. A GYEMSZI felelt a projekt indikátorainak teljesítéséért és a fenntartási időszak körülményeinek megteremtéséért és biztosításáért.

Legfontosabb feladatai voltak: a standardfejlesztők, majd a felülvizsgálók alkalmazásához akkreditált oktatási programokat dolgozott ki, kidolgozta a standardfejlesztés módszertanát, és irányította a standardfejlesztők munkáját. A standardokat véleményezte és véleményeztette, és elfogadta a végső változatot a szakmai javaslatok figyelembe vételével. Kidolgozta az akkreditáció koncepcionális kereteit, az önértékelés módszereit, az akkreditáció odaítélésének feltételeit és módját. A GYEMSZI felelőssége volt az akkreditált képzések megszervezése és lebonyolítása is.

A GYEMSZI toborozta a pilotprogramba az egészségügyi szolgáltatókat, irányította és koordinálta a pilotintézmények és a közreműködő felülvizsgálók tevékenységét 11 hónapon át. Oktatási segédanyagokat és a standardok gyakorlati alkalmazását támogató anyagokat dolgozott ki a gyakorló szakemberekkel együttműködésben.

A szakmai vezetés munkáját neves külföldi szakértő segítette. Basia Kutryba - a lengyel akkreditációs hivatal alapítója és vezetője, az EU Patient Safety and Quality of Care Working Group elnöke és a European Accreditation Network vezetőségi tagja - segítette a szakmai koncepció részleteinek kidolgozását.

A GYEMSZI közvetlen információkat és tapasztalatokat szerzett a nemzetközi betegbiztonsági programokról az Európai Unió által indított, a betegellátás biztonságának javítását célzó European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) projekt hazai partnereként. Előbbieket hasznosította a standardok és a segédanyagok elkészítésekor és hasznosítja még a jövőben is. A GYEMSZI emellett módszertani támogatást nyújtott a gyógyszerészeti gondozási irányelvek kidolgozásához, mint a szakmai irányelvek fejlesztési módszertanának kidolgozója.

Kiemelt feladata volt az akkreditációs eljárás lebonyolítását támogató BELLA szoftver kidolgozása és a gyógyszerészeti gondozást támogató BEGÓNIA informatikai megoldás kifejlesztése. Ez utóbbi szoros együttműködésben zajlott az érintett konzorciumi partnerrel.

A projektgazda előkészítette a folyamatos működést biztosító jogszabályokat, amelyeket elfogadásra ajánlott és benyújtott az illetékes tárcának.

A GYEMSZI VEZETŐ SZAKÉRTŐI ÉS KÖZREMŰKÖDŐI:

dr. habil. Belicza Éva, egyetemi docens, szakmai vezető

dr. Tihanyi Mariann, főorvos, a SZIT tagja

Prof. emer. dr. Kullmann Lajos, a SZIT tagja

dr. Kárpáti Edit, a SZIT tagja

dr. Lám Judit, egyetemi adjunktus, a SZIT tagja

Prof. dr. Soós Gyöngyvér, a SZIT tagja

dr. Gódcény Sándor egyetemi docens, a SZIT tagja

dr. Safadi Heléna vezető felülvizsgáló

Sinka Lászlóné Adamik Erika vezető felülvizsgáló

Horváth Szilvia vezető felülvizsgáló

Zay Annamária / Szili Tamás projektmenedzser

Papp Éva projekt asszisztens

Molnárné Kis Timea pénzügyi vezető

Balogh Boglárka pénzügyi asszisztens

Gábri Annamária szakmai asszisztens

9.2. A SEMMELWEIS EGYETEM KONZORCIUMI FELADATAI

Magyarországon a Semmelweis Egyetem (SE) a megbízottsági kutatások és programok hazai elindítója és jelenleg egyedüli aktív szereplője. 2006-ban a WHO és az egészségügyi tárca közös felkérésére dolgozta ki, indította el, és azóta működteti a nemkívánatos események jelentési rendszerét, valamint a kapcsolódó fórum-sorozatot, amely NEVES programként vált ismertté. A munkacsoport tagjai távoktatási kurzust fejlesztettek ki a megbízottság témakörében az ellátók számára a TÁMOP 6.2.2. program keretében. A SE EMK munkatársai jelentős oktatási és kutatási tevékenységet fejtenek ki a témában.

Több mint 10 évvel ezelőtt az egészségügyi tárca felkérésére a Semmelweis Egyetem munkatársai kezdeményezték az akkreditációs standardok kidolgozását és bevezetését a hazai egészségügyi szolgáltatásokban, és néhány évvel később ők munkálták ki a hazai rendszer elméleti alapjait is. Munkatársaink nemzetközi együttműködésekben vesznek részt és jelentős tapasztalatokkal rendelkeznek, illetve szoros kapcsolatot ápolnak az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) akkreditációs témakörökkel foglalkozó munkatársaival. A SE munkatársai aktív részesei az Európai Unió be-

tegbizottsági Joint Action (PaSQ) programjának is.

A projektben végzett legfontosabb feladatok voltak: a megbízottsággal foglalkozó kutatások, a témában zajló nemzetközi projektek nyomon követése, az eredmények adaptálása a hazai környezetre és beépítésük a standardok követelményei közé, a kapcsolódó segédanyagok kidolgozása, a standardok harmonizálása az ISQua elvárásaival. Kiemelt feladat volt a NEVES program továbbfejlesztése. A korábban jelenthető 6 nem várt eseménytípus mellé további 15 esemény jelentőlapjának fejlesztését végezték el, és megújult a jelentési felület is. Az új felület azonnali visszajelzést ad az intézményeknek a jelentett események statisztikai feldolgozása, a saját és az összesített országos adatok bemutatása által.

A Semmelweis Egyetem klinikái aktívan részt vettek a kidolgozott standardok gyakorlati bevezetésével kapcsolatos vizsgálatban („SETER”). A legfontosabb tudnivalókat a standardokat bemutató kiadványban ismertetjük.

A SEMMELWEIS EGYETEM (EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSERKÉPZŐ KÖZPONT) VEZETŐ SZAKÉRTŐI:

dr. Lám Judit, egyetemi adjunktus, a konzorcium szakmai vezetője

dr. habil. Belicza Éva egyetemi docens

dr. Freisinger Ádám egyetemi tanársegéd, az informatikai fejlesztések felelőse

dr. Fügedi Gergely egyetemi tanársegéd, a SETER vezetője

Surján Cecília ügyvivő szakértő, NEVES adatlapok

Takács Erika egyetemi tanársegéd, a hatásvizsgálatok felelőse

Farkas Beáta gazdasági vezető, a pénzügyek felelőse

9.3. DEBRECENI EGYETEM KONZORCIUMI FELADATAI

Manapság az egészségügyi ellátásban egyre gyakrabban vetődik fel, hogy bizonyítékokon alapul-e az adott diagnosztikai vagy terápiás eljárás. Ezért is szükséges a működésre vonatkozó akkreditációs standardok mellett, hogy az egészségügyi ellátás megfeleljen a szakmai elvárásoknak és megvalósuljon a bizonyítékokon alapuló gyakorlat. Utóbbi megvalósulását folyamatosan értékelni és fejleszteni lehet klinikai audittal, amelynek rendszerszerű bevezetéséért és működtetéséért a Debreceni Egyetem az alábbi területeken járult hozzá a BELLA projekt sikeres megvalósításához:

- részvétel a klinikai audit standardjának kifejlesztésében
- a klinikai audit irányelvének aktualizálása
- a klinikai audit módszertanának kifejlesztése a jó nemzetközi gyakorlat alapján
- a szervezeti stratégia, a menedzsment és a klinikai audit kapcsolatára vonatkozó módszertani anyag kidolgozása
- a klinikai audittal összefüggő TQM, önértékelés, vezetői elkötelezettség és minőségügyi rendszerek megalkotása
- a humán-erőforrás szerepe, a gátló és a támogató tényezők feltárása és megoldási lehetőségek kialakítása a klinikai auditban
- a DE Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján pilot klinikai audit szakmai-specifikus megtervezése, lebonyolítása és értékelése
- tanácsadás a felvetődött kérdések alapján a pilot kórházak részére.

A DEBRECENI EGYETEM VEZETŐ SZAKÉRTŐI:

Dr. Gődény Sándor, egyetemi docens, a konzorcium szakmai vezetője
(DE Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet)

Dombrádi Viktor szakmai asszisztens

9.4. GYÓGYSZERÉSZI GONDOZÁSÉRT KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT. (GYGKN)

A megfelelő gyógyszerertári gyógyszerellátás alapvető kérdés a beteg terápiájában. A gyógyszerészeti gondozói tevékenység jogszabályi megjelenése indokolta az eddigi kezdeményezések harmonizálását, szakmai bővítését és a szervezett elmozdulást a minőségbiztosított gyógyszer-alkalmazási rendszer felé.

A projekt keretében dolgoztuk ki a gyógyszerertá-
rak, mint egészségügyi szolgáltatók számára a
gondozás-specifikus megközelítésű, az alap-
akkreditáció elnyeréséhez szükséges és a beteg-
központú tevékenységet leíró
standardrendszert, ami 11 standardot és az ezek
alkalmazását támogató segédanyagokat jelent.

16 irányelv készült a betegek terápiahűségének és gyógyszeralkalmazásuk biztonságának javítására és növelésére a 18/2012 NEFMI rendelet szerint, amelyek részletesen a BELLA projekt hivatalos honlapján lesznek megtalálhatóak.

A BE-teg GON-dozás Informatikai Alapprogramot, röviden BEGONIA-t a standardok és az irányelvek szerint nyújtott szolgáltatásokat a későbbiekben igénybe vevő betegek egyértelmű dokumentálásának megvalósítása érdekében fejlesztettük ki és teszteltük. A BEGONIA program anonimizáltan gyűjti a programhoz csatlakozott 52 pilotgyógyszertárban a gyakran

megforduló, krónikus kórral küszködő és orvosilag ellenőrzött – illetve az orvosi ellátást nem igénylő panaszaikkal a gyógyszerész segítségét kérő – betegek gondozási eseményeit, és teszi ezeket elemezhetővé a konzorciumi partner számára.

A projekt fenntartási időszakában még további 150 gyógyszertár csatlakozik a programhoz. Ez a gyógyszerészeti gondozás „tömegesítésének” előkészítését jelenti, hogy később – e tapasztalatok birtokában – minden gyógyszertár végezzen minőségbiztosított gyógyszerészeti gondozást.

A GYGKN VEZETŐ SZAKÉRTŐI:

Prof. Dr. Soós Gyöngyvér konzorciumi vezető

Dr. Viola Réka PhD egyetemi tanársegéd, szakmai titkár

Dr. Bezsila Katalin

Dr. Fang Simon

Dr. Horváth Sziklai Attila

Dr. Matuz Mária Ph.D. egyetemi tanársegéd

Pongrácz Gábor adminisztratív vezető

Nagy Sándor számviteli munkatárs

10. A PROJEKT SZÁMOKBAN

	CÉLSZÁM	PÁLYÁZÓK SZÁMA	RÉSZTVEVŐK SZÁMA	KÖZÖS MUNKA-MEGBESZÉLÉSEK SZÁMA
PILOT INTÉZMÉNYEK 2014.január-november	6	24	10	14

SZIT ÜLÉSEK	TALÁLKOZÓK SZÁMA	A TT-VEL BŐVÍTETT ÜLÉSEK SZÁMA	NAPIRENDI PONTOK SZÁMA
2012. október- november	25	4	kb.250

OKTATÁS	CÉLSZÁM	PÁLYÁZÓK/ JELENTKEZŐK SZÁMA	ÖSSZES RÉSZTVEVŐ SZÁMA (FŐ)	ÓRASZÁM/ KÉPZÉS	KÉPZÉSI NAP/ KURZUS	KURZUSOK SZÁMA	KÉPZÉS AKKREDITÁCIÓJA
standard -fejlesztők (2013. jan.- márc.)	25	89	27				tananyag- akkreditáció
oktatók képzése	nincs				2	1	tananyag- akkreditáció
felülvizsgálók (2014. szept.- november)	100	kb.180	164	30	4	4	szafte- akkreditáció
belső koordinátorok (2014. jún. - nov.)	300	kb. 500	kb. 450	20	5	7	tananyag- akkreditáció

STANDARDFEJLESZTŐI MEGBESZÉLÉSEK (2013. január - június)	9
PILOT-MUNKACSOPORTOK TALÁLKOZÓI A PILOTINTÉZMÉNYEKBE	108
KONZULTÁCIÓ A NEMZETKÖZI SZAKÉRTŐVEL	4
PEER ÉRTÉKELÉSEK SZÁMA	3
PROJECT PORTFOLIO BOARD TALÁLKOZÓK 2014. júniusig – minisztérium	6
2014. júliustól – GYEMSZI	6

KIFEJLESZTETT TERMÉKEK	DARAB
A SZIT MŰKÖDÉSÉNEK ETIKAI KÓDEXE	1
STANDARDCSOPORTOK	3
STANDARDOK A FEKVŐ- ÉS JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSBAN	29
STANDARDOK A FEKVŐBETEG-ELLÁTÁSBAN	9
STANDARDOK A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSBAN	4
STANDARDOK A GYÓGYSZERTÁRAKNAK	11
GYÓGYSZERÉSZI GONDOZÁSI IRÁNYELVEK	16
SEGÉDANYAGOK	150
SZOFTVEREK	3
NEMKÍVÁNTOS ESEMÉNYEK JELENTÉSI LAPJA	21
KLINIKAI AUDIT GYAKORLATÁRA VONATKOZÓ MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ	1

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A projekt szakmai irányítói ezúton fejezik ki köszönetüket a pályázati projekt előkészítésében és lebonyolításában résztvevő valamennyi döntéshozónak, szakértő közreműködőnek, konzorciumi tagnak, továbbá a projekt menedzsernek és az Unió Projekt Igazgatóság valamennyi tagjának a projekt előkészítésében és lebonyolításában fáradságot nem ismerő kitartásáért és támogató közreműködéséért.

Külön köszönet illeti Dr. Török Krisztinát, a GYEMSZI korábbi főigazgatóját, aki a projektötlet születésétől kezdődően elhivatottan támogatta az indulást és a sikeres megvalósítást.

Köszönjük a standardfejlesztők és a felülvizsgálók szakmai és emberi hozzáállását, tapasztalataik megosztását.

Köszönjük a konzorciumi partnerek munkáját segítő valamennyi szakértőnek és adminisztratív munkatársnak, hogy értékes tevékenységükkel segítették a feladatok sikeres megvalósítását.

Köszönjük a pilot intézmények igazgatóinak és a pilot gyógyszerterek vezetőinek, hogy felváltották egy új, még nem ismert rendszer kipróbálását és munkatársaiknak lehetővé tették az aktív munkavégzést a standardok értelmezése, véleményezése és gyakorlati alkalmazása során.

Köszönjük Dr. Barbara Kutrybának, a lengyelországi National Center For Quality

Assessment In Healthcare (CMJ/NCQA) igazgatójának és az Európai Unió Patient Safety and Quality in Health Care Working Group elnökének, hogy szakmai tanácsokkal segítette a magyarországi akkreditációs rendszer kialakítását valamint lehetővé tette a lengyel felülvizsgálati módszerek és tapasztalatok helyszíni tanulmányozását.

Köszönjük a pilot- és a SETER programban résztvevő intézmények koordinátorainak és dolgozóinak, hogy részt vettek a standardok megvitatásában és elősegítették a számukra többletmunkával járó, elsősorban talán ijesztő feladathalmaz teljesülését.

Köszönjük a Tanácsadó Testület tagjainak, hogy tapasztalataikkal és véleményükkel hozzájárultak a felhasználók szemszögéből a standardok véglegesítéséhez és az akkreditációs rendszer kialakításához.

Köszönjük az anyanyelvi lektoroknak és az egészségügyi szakjogászoknak, hogy munkájukkal elősegítették a standardok és a szakmai anyagok végső tartalmának kialakítását és megszövegezését. Köszönjük a szakmai véleményezőknél a standardrendszerrel vonatkozó hasznos észrevételeket, jövőbe mutató megállapításokat, fejlesztési lehetőségekre vonatkozó javaslatokat.

Köszönjük az informatikai fejlesztésben közreműködő munkatársak türelmét, nyitottságát és a sokszor lehetetlennek tűnő kérések és határidők teljesítését.

PROJEKT MENEDZSMENT



Zay Annamária
projekt menedzser



Szili Tamás
projekt menedzser



Papp Éva
projekt asszisztens



Molnárné Kis Timea
pénzügyi vezető



Balogh Boglárka
pénzügyi asszisztens



Gábri Annamária
asszisztens

TOVÁBBI KÖZREMŰKÖDŐ SZAKÉRTŐK

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Standardfejlesztők és felülvizsgálók

Dr. Ambrus Ildikó, Dr. Baranyai Zsolt PhD, Becskeházi-Tar Judit Dr. Biczók Zsuzsanna, Bódi Mariann, Dr. Boros Erzsébet, Csépleő Viktória, Dr. Danka László, Dr. Dunai Árpád, Dr. Farkas Anikó, Dr. Gazdag Gábor, Gerócs Katalin, Dr. Juhász Ágnes, Dr. Kovács Erika, Dr. Mayer Ákos, Minya Tünde, Dr. Nagy Erzsébet, Dr. Németh Irén, Papp-Szekeres Anita, Sallai Miklósné, Stefán Anikó, Dr. Sümegi Viktória PhD, Dr. Süveges Erzsébet, Dr. Szabados Péter, Szabóné Juhász Julianna, Szelei Erzsébet, Dr. Szilágyi Emese, , Dr. Vancsó Ágnes, Vargáné Terhes Anita, Zám Anikó, Zrinyi Miklósné

Informatikusok

Békessy László István, Nagy Bence, P. Tóth András, Szabó Dávid és a Webtown Informatika Kft. fejlesztői

Debreceni Egyetem

Katonai Zsolt, Dr. Mogyorósy Gábor, Prof. Polónyi István, Prof. Póka Róbert, Dr. habil. Szűcs Edit, Dr. habil. Zsuga Judit, Pongrácz Anikó, Klem Krisztina.

Semmelweis Egyetem

Dr. Antmann Katalin, Dr. Jákó Kinga, Pitás Eszter, Dr. Szarvas Gábor, Dr. Tóth Ágnes, Dr. Tóth Péter

Gyógyszerészeti Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft.

Dr. Bánkúti Péter, Dr. Bácskay Ildikó PhD, Dr. Benkő Ria PhD, Dr. Biczók Zsuzsanna, Dr. Boczkó Imre, Dr. Csóka Ildikó PhD, Dr. Dóczy Veronika, Dr. Fittler András Ph.D, Dr. Gyetvai László, Prof. Dr. Halmos Gábor, Dr. Hankó Balázs PhD, Dr. Kajdócsy Ildikó, Dr. Lankó Erzsébet, Dr. Miseta Ildikó, Dr. Samu Antal, Dr. Szabó Sándor, Dr. Takács Gábor PhD, Dr. Télessy István CSc, Dr. Vida Róbert

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE